Münster 1937 No 158 Med DiSS

Aus dem Hygienischen Institut der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster (Westfalen)
Prof. Dr. K. W. Jötten.

Die Auswirkung der Tuberkulosegesetzgebung in Preußen und den anderen Bundesstaaten

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.),

vorgelegt von

Max Thielemeier
aus Münster (Westf.).

Druck: Lengericher Handelsdruckerei, Lengerich i. W.

Dekan und Referent: Prof. Dr. Jötten

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Münster.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Meinen lieben Eltern

Am Ende des vergangenen Jahrhunderts war die Tuberkulosesterblichkeit im Deutschen Reich sehr stark angestiegen. Der Grund lag in der Abwanderung der Landbevölkerung in die Städte als Folge eines großen Bedarfs an Arbeitskräften in der aufblühenden Industrie, ferner in der damit einhergehenden Arbeitsüberlastung, Frauen- und Kinderarbeit. Zwangsläufig gesellte sich dazu eine außerordentliche Verschlechterung der sozialen Verhältnisse dieser Bevölkerung, die geglaubt hatte, Ersparnisse machen zu können und nun froh war, satt zu essen zu haben. Durch das Leben auf dem Lande mit dem Tuberkelbazillus nur wenig in Berührung gekommen, bot sie, jetzt in engen und feuchten Räumen zusammengepfercht, der Ausbreitung dieser Volksseuche den günstigsten Nährboden. Durch die mit der Entdeckung Robert Kochs eingeleiteten Gegenmaßnahmen trat, mit Ausnahme der beiden durch Krieg und Inflation bedingten Zunahmen, ein stetiger Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit ein, der sich bis zum Jahre 1933 fortsetzte.

Dieses Absinken ist nicht, wie einige Autoren annehmen, auf eine Virulenz-Abnahme der Tuberkelbazillen zurückzuführen. Denn einerseits erhalten sich die Bazillen in den Organen immunisierter Menschen Jahre lang lebend; andererseits ist in Notzeiten immer ein Aufflackern der Tuberkulose zu bemerken.

Der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit dürfte vielmehr bedingt sein durch den Ausbau der Fürsorge und der Heilstätten, ferner durch die größere Rücksicht, die heute in den industriellen Großbetrieben auf Tuberkulöse genommen wird. Es kommt hinzu, daß ärztliche Versorgung und Therapie, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, allgemeine Wohlfahrtspflege und hygienische Volksbelehrung von Jahr zu Jahr eine Besserung erfahren haben. Daher weisen die Industrieländer zum Teil eine geringere Tuberkulosesterblichkeit auf als dieAgrarländer. In Deutschland insbesondere tritt als wirksames Mittel im Kampf gegen die Tuberkulose der Ausbau der Sozialversicherung dazu, durch die auch den leicht Er-

krankten die Möglichkeit der Erholung sowie des Ausruhens gegeben ist, und mit deren Hilfe die Finanzierung von Tuberkuloseheilverfahren ermöglicht wird. Infolgedessen hat die Kurve der Tuberkulosesterblichkeit im Deutschen Reich die sämtlicher anderen europäischen Staaten unterschritten.

Trotz dieses Rückganges der Tuberkulosesterblichkeit dürfen wir uns mit dem erzielten Erfolge nicht zufrieden geben. Die Tuberkulose ist eine Volksseuche, die heute noch zahlreiche Menschenopfer fordert. Namentlich hat die Kindertuberkulose bei weitem nicht, entsprechend dem Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit, abgenommen. Es ergibt sich daraus, daß die oben angeführten Maßnahmen das Leben der an fortgeschrittener Tuberkulose Erkrankten verlängern, sie dem Tode durch Tuberkulose entreißen und viele von ihnen an anderen Krankheiten sterben. Die Tuberkulose ist also noch lange nicht besiegt, wie auch die Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen im Jahre 1934 beweist.

Im Gegensatz zu der allgemeinen Auffassung, die ein Ansteigen der Tuberkulose auf schlechtere Lebensbedingungen zurückführt, liefert A s c h e r den Beweis, daß man bei der Betrachtung der Krankheiten überhaupt bisher nicht genug mit der Arbeitszeit bzw. Arbeitsruhe gerechnet hat. So sanken beispielsweise in Preußen in den Jahren 1931 und 1932 trotz der Wirtschaftskrise die Tuberkulosesterblichkeit und die Erkrankungsmeldungen weiter. Es stellte sich bei Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit eine Abnahme der Krankheitstage heraus, die zweifelsohne darin begründet liegt, daß ein geringerer Kraftverbrauch und eine längere Zeit zur Auffrischung der Kraftreserven vorhanden waren.

Damit ist auch die Zunahme der Erkrankungen an Tuberkulose in Deutschland im Jahre 1934 erklärt. Dieses Jahr bedeutet auf dem Wege der Behebung der deutschen Wirtschaftskrise insofern einen wichtigen Markstein, als es den energischen Maßnahmen der Regierung A d o l f H i t l e r s gelang, das Heer der Arbeitslosen und der Kurzarbeiter stark zu verringern. Wegen dieses an sich sehr erfreulichen Ergebnisses wird die Steigerungskurve der Tuberkulose aus den angeführten Gründen vorerst noch nicht zum Stillstand kommen. Wir werden auch in der nächsten Zeit solange mit einer leichten Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen zu rechnen haben, bis das Ziel, alle Arbeitslosen wieder in den Arbeitsprozeß einzuschalten, erreicht ist. Deshalb darf der bisherige Erfolg der Tuberkulosebekämpfung uns nicht verleiten, der ferneren Entwicklung dieser Volksseuche untätig zuzusehen. Wir müssen diesen Kampf mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln fortsetzen.

Tabelle 1.

Zahl der Fürsorgestellen auf 1 000 000 Einwohner:

	1915	1917	1919	1925	1930	1934
Ostpreußen	15,7	21,2	16,1	19,9	29,7	18,4
Berlin	7,3	12,4	7,1	6,2	7,4	6,8
Brandenburg	20,7	6,7	9,5	26,2	47,0	22,0
Pommern	29,2	21,4	23,0	45,2	38,0	21,4
Grenzmark	22,8	8,2	11,5	31,4	15,5	23,7
Schlesien	27,6	11,5	15,4	43,3	61,5	27,3
Sachsen	17,9	13,7	14,2	17,4	18,4	17,4
Schleswig-Holstein	12,5	25,0	26,8	11,6	38,2	16,4
Hannover	25,1	16,8	19,3	29,8	38,0	21,7
Westfalen	48,4	22,0	25,1	56,0	65,0	16,5
Hessen-Nassau	17,9	10,5	11,8	24,6	37,8	13,6
Rheinprovinz	17,9	48,5	53,4	25,6	37,6	13,0
Preußen	21,0	20,5	24,0	29,8	35,8	17,2
Bayern	19,0	25,5	27,0	25,3	33,4	21,3
Sachsen	7,0	6,8	8,0	27,0	28,7	19,4
Württemberg	2,8	3,6	3,6	21,8	25,1	24,9
Baden	7,0	6,8	7,0	24,8	24,8	14,5
Hessen	24,0	24,2	19,0	21,9	28,3	15,4
Oldenburg	50,0	48,0	48,0	60,5	46,1	47,0
Thüringen	18,4	17,3	20,0	34,7	42,5	21,7
Mecklenburg	2,6	2,7	7,0	38,0	36,4	18,6
Anhalt	12,0	12,1	12,0	33,7	24,8	22,0
Braunschweig	4,0	4,1	9,0	77,0	21,7	7,8

Im Vordergrunde der Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung steht die Tuberkulose-Fürsorge. Sie hat sich die Betreuung der Kranken sowie die Vermittlung von Heilmaßnahmen zur Aufgabe gemacht und erstrebt den Schutz der Mitmenschen vor Infektion durch Ausrottung des Seuchenherdes, durch aufklärende Vorträge, Flugschriften, Merkblätter usw. Zwecks Erreichung dieses Zieles wurden die Beratungs- und Fürsorgestellen geschaffen. Ihr Ausbau ergibt sich aus Tabelle 1. Bis zum Jahre 1930 konnte im allgemeinen ein starker zahlenmäßiger Ausbau festgestellt werden, der allerdings — vor allem in den preußischen Provinzen — außerordentlich unterschiedlich war. Dagegen ergibt sich aus den Erhebungen für 1934, daß die Zahl der Fürsorgestellen außer in der Grenzmark und in Oldenburg zurückgegangen ist und zwar am stärksten in den Provinzen und Ländern, die im Jahre 1930 die höchsten Zahlen angaben. Diese Tatsache liegt in der Zusammen-

Tabelle 2.

In den Tuberkulose-Fürsorgestellen tätige Aerzte und Schwestern:

	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
Zahl der Aerzte auf 10 000 Einw.	0,42	0,42	0,38	0,37	0,38	0,36	0,33	0,32	0,26
Zahl d. Schwestern auf 10 000 Einwohner	1,13	1,22	1,22	1,22	0,68	0,66	0,65	0,63	0,52

Tabelle 3.

Einteilung der in der Tuberkulose-Fürsorge tätigen Aerzte nach der Art der Ausbildung:

	1929	1930	1931	1932	1933
Tuberkulosefürsorgeärzte	12,4	3,7	4,9	8,0	12,1
Kommunal- und Stadtärzte	17,3	23,8	21,9	23,1	43,0
Kreisärzte	20,3	21,0	22,5	22,2	
Krankenhausärzte	8,5	10,0	9,6	9,0	12,9
Praktische Aerzte	41,5	40,8	41,1	37,7	32,0
Fachärzte für Tuberkulose	16,9	17,8	18,0	19,0	25,4

legung der kleinen Fürsorgestellen begründet. Dadurch haben sich die Werte im ganzen Reich, abgesehen von den beiden Extremen Oldenburg und Braunschweig, ziemlich genähert.

Wie J ö t t e n bereits im Jahre 1920 auf Grund eingehender Untersuchungen festgestellt hat, genügte ein großer Prozentsatz der Fürsorgestellen bei weitem nicht den Anforderungen, die man an sie stellen muß. Durch die Zusammenlegung dieser unrentablen Fürsorgestellen und ihre Unterstellung unter einen Fach- oder Fürsorgearzt wird ein planmäßigeres Arbeiten in der Tuberkulosebekämpfung und eine bessere Erfassung der Kranken garantiert.

Die Zahl der Aerzte und Schwestern, die in der Fürsorge tätig sind, nimmt, wie Tabelle 2 zeigt, seit dem Jahre 1925 dauernd ab. Es ist hierbei aber zu berücksichtigen, daß von 1929 ab die in der Tuberkulosefürsorge mittätigen Gemeindeschwestern in den Statistiken, die vom deutschen Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose herausgegeben wurden, nicht mehr aufgeführt worden sind. Erstmalig in dem Bericht über das Geschäftsjahr 1933 wird die Zahl dieser Gemeindeschwestern mit 2366 gleich 0,38 auf 10 000 im Bereich der Fürsorgestellen lebenden Einwohner wieder angegeben. Mit den Aerzten, die in der Tuberkulosefürsorge arbeiten, verhält es sich ähnlich. Ihre Zahl ist seit dem Jahre 1925 langsam, aber stetig zurückgegangen. Die starke Abnahme im Jahre 1933 erklärt sich zum Teil durch Nichtmeldung infolge Arbeitsüberlastung einiger Fürsorgestellen. Die Zusammensetzung nach Art der Ausbildung der Aerzte hat sich jedoch für das Fürsorgewesen, wie Tabelle 3 zeigt, gebessert. Die Zahl der haupt-

amtlich und nur in der Tuberkulosefürsorge tätigen Aerzte ist von 3,7 % im Jahre 1930 auf 12,1 % im Jahre 1933 gestiegen. Die Registrierung von 12,4 % der Tuberkulosefürsorge-Aerzte im Jahre 1929 hängt damit zusammen, daß erst seit 1930 unter den Tuberkulosefürsorge-Aerzten nur die hauptamtlich und lediglich in der Fürsorge beschäftigten Aerzte aufgeführt sind, während vorher der Begriff weiter gezogen war. Im Gegensatz dazu nimmt die Zahl der in der Fürsorge tätigen praktischen Aerzte dauernd ab.

Die Bestrebungen, in der Fürsorge möglichst viele Fachärzte für Tuberkulose zu beschäftigen, haben zu dem erfreulichen Ergebnis geführt, wie es aus der letzten Zeile der Tabelle 3 ersichtlich ist. Während im Jahre 1929 erst 16,9 % der Aerzte Fachärzte für Tuberkulose waren, betrug ihr Anteil im Jahre 1933 bereits 25,4 %. Auf die Wichtigkeit der Besetzung der Fürsorgestellen mit Fachärzten hat J ö t t e n bereits im Jahre 1927 hingewiesen. Er weist nach, daß in Jena und Koburg mit der Einführung von Fachärzten schlagartig eine sehr erhebliche Mehrleistung erzielt wurde.

Von besonderer Wichtigkeit ist in der Tuberkulosebekämpfung die Früherfassung der Ansteckungsquelle. Die Möglichkeit dazu bietet die ausgedehnte Röntgenuntersuchung. Man war daher bestrebt, die Fürsorgestellen tunlichst mit eigenen Apparaten auszurüsten. Während im Jahre 1930 443 Fürsorgestellen im Besitze eines eigenen Röntgenapparates waren, stieg ihre Zahl 1931 auf 478. Im Jahre 1932 vermochten bereits 507 Fürsorgestellen mit eigenen Apparaten Untersuchungen vorzunehmen. Im Jahre 1933 verfügten 516 Fürsorgestellen über eigene Röntgenapparate.

Im gleichen Jahre wurde das deutsche Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose aufgelöst. An Stelle dieser sehr verzweigten Einrichtung mit ihren vielen Unterausschüssen und Kommissionen trat der Reichstuberkulose-Ausschuß. Die Zentralstellen wurden durch 13 Bezirksleiter, deren Bezirke denen der deutschen Arbeitsfront entsprechen, ersetzt. Als Leiter der Bezirksausschüsse amtieren nur Aerzte. Durch diese Umstellung und Vereinfachung des Aufbaues der Organisation erwartete B l ü m e l eine Belebung der deutschen Tuberkulosebekämpfung, vermehrten Schutz der Gesunden und Eingliederung der bereits vorhandenen Tuberkuloseeinrichtungen in die allgemeine Front.

Eine kräftige Unterstützung dürften die Fürsorgestellen durch das von der N. S. V. ins Leben gerufene Tuberkulosehilfswerk erfahren, das der Familienfürsorge die weitestgehende Aufmerksamkeit schenkt und sich vor allem die Sorge für die Beseitigung der Infektionsquellen angelegen sein läßt.

Zwecks Unterstützung der Tuberkulosefürsorge sind in den deutschen Ländern gesetzliche Bestimmungen erlassen worden, die im wesentlichen unter dem Gesichtspunkt der Seuchenbekämpfung stehen.

Da eine einheitliche Reichs-Tuberkulose-Gesetzgebung an der finanziellen Undurchführbarkeit scheiterte, gaben sich die einzelnen Bundesstaaten eigene Tuberkulose-Gesetze, die allerdings in ihrer Schärfe unterschiedlich gehalten sind.

Das preußische Gesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose vom 4. August 1923 bestimmt, daß jede ansteckende Erkrankung an Lungen- oder Kehlkopftuberkulose dem beamteten Arzt innerhalb acht Tagen, jeder Todesfall innerhalb 24 Stunden schriftlich oder mündlich zu melden ist. Die Meldung kann auch an einzelne, näher bestimmte Fürsorgestellen, Gesundheits- und Wohlfahrtsämter gerichtet werden, die sie an den beamteten Arzt weiterzuleiten haben. Zur Mitteilung verpflichtet ist der zugezogene Arzt. Wechselt ein Offentuberkulöser die Wohnung, so ist dieser Wechsel vom Haushaltungsvorstand der für die alte Wohnung zuständigen Meldestelle mitzuteilen. Für die Meldung der Erkrankungen und Todesfälle in Entbindungsanstalten, Krankenhäusern, Gefängnissen usw. trägt der Vorsteher der Anstalt die Verantwortung. Ebenso haben die bakteriologischen Untersuchungsstellen jeden positiven Befund der Meldestelle anzuzeigen. Ansteckend im Sinne des Gesetzes sind jede Kehlkopftuberkulose und jede Lungentuberkulose sowie die Fälle, bei denen auf Grund des klinischen Befundes mit Bazillenauswurf zu rechnen ist.

Die späteren Erweiterungen dieses Gesetzes kommen hier nicht in Betracht, da sie sich auf die Statistiken, die nur bis zum Jahre 1932 erschienen sind, nicht mehr auswirken.

Nach dem sächsischen Wohlfahrtsgesetz besteht die Verpflichtung zur Anzeige bei offener Kehlkopf- und Lungentuberkulose, ferner bei allen Tuberkulose-Erkrankungen, bei denen auf Grund des Krankheitsverlaufs mit bazillenhaltigem Auswurf gerechnet werden muß, sowie für alle durch Kehlkopf- oder Lungentuberkulose verursachten Todesfälle. Zur Meldung verpflichtet ist der zugezogene Arzt, bei Wohnungswechsel Offentuberkulöser der Haushaltsvorstand.

In Baden bestimmt die Verordnung des Innenministeriums betr. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 27. September 1927, daß alle ansteckenden Lungenerkrankungen und jede klinisch nachgewiesene Kehlkopftuberkulose anzeigepflichtig sind.

Durch das Gesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist in Bayern für jeden Todesfall an Tuberkulose, ferner dann,

wenn der an Tuberkulose Erkrankte in Unterrichtsräumen wohnt oder diese besucht, die Meldepflicht angeordnet.

Ein sehr weitgehendes Gesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose besteht in Mecklenburg-Schwerin. Die Aerzte sind verpflichtet, jede Erkrankung und jeden Todesfall an Tuberkulose, der zu ihrer beruflichen Kenntnis kommt, dem beamteten Arzt anzuzeigen. Die Wohlfahrtsämter haben eine dem Bedürfnis entsprechende Anzahl von Tuberkulose-Fürsorgestellen, in selbständigen Stadtbezirken und Aemtern mindestens je eine, einzurichten.

Nach Jötten war in Preußen schon kurz nach dem Inkrafttreten des Tuberkulosegesetzes ein Ansteigen der Meldungen zu beobachten. Das Gleiche ließ sich auch in den Ländern mit einer weniger weitgehenden Tuberkulosegesetzgebung feststellen. Es entstand daher die Frage, ob die Besserung auf das Gesetz oder auf den Ausbau der Fürsorge zurückzuführen war. Die zuerst von Jötten auf diesem Gebiete eingeleiteten und von Reploh fortgesetzten Untersuchungen sind von mir bis in die Gegenwart weitergeführt worden. Um einen guten Ueberblick zu gewinnen, habe ich die im Reichsgesundheitsblatt wöchentlich veröffentlichten Erkrankungsmeldungen an Tuberkulose der Atmungsorgane jeweils zu vier Wochen zusammengefaßt und die auf 100 000 Einwohner berechnete Erkrankungsziffer kurvenmäßig dargestellt.

Bei Betrachtung der Kurven (siehe Tafel 1) fällt zunächst auf, daß sich zu Beginn der einzelnen Jahre — wohl als Auswirkung der klimatischen Verhältnisse — ein Anstieg bemerkbar macht. Die Erkrankungsmeldungen gehen alsdann langsam zurück. In Preußen können wir nach dem Inkrafttreten des Tuberkulosegesetzes zunächst ein Ansteigen der Meldungen etwa bis zum Jahre 1925 feststellen. Von 1926 ab erfolgt ein langsames, aber stetiges Abfallen der Kurve bis zum Jahre 1933, vom Jahre 1934 ab hinwiederum ein leichtes Ansteigen.

Einen ähnlichen Verlauf zeigt die für Sachsen errechnete Kurve. Der Höhepunkt fällt hier in das Jahr 1927, entsprechend den Ausführungsbestimmungen zum sächsischen Wohlfahrtsgesetz vom 20. März 1926. Bis zu diesem Zeitpunkt war ein Ansteigen der Erkrankungsmeldungen festzustellen. Von 1927 bis 1932 tritt ein konstanter Rückgang ein. Aber auch in Sachsen ist für die Jahre 1933 und 1934 ein leises Ansteigen der Kurve zu bemerken. Im ganzen gesehen ergibt sich, daß sich die Erkrankungsmeldungen in Sachsen denen Preußens sehr stark angeglichen haben.

Baden hat die Höchstmeldeziffer erst im Jahre 1928 erreicht. Die badische Verordnung betr. Bekämpfung übertragbarer Krank-

Tabelle 4.

Gemeldete Erkrankungen an Tuberkulose der Atmungsorgane auf 10 000 Einwohner:

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Preußen	13,8	13,1	12,3	11,5	11,1	10,5	10,0	10,0	10,4
Sachsen	12,4	19,8	15,7	14,9	12,3	11,7	10,3	10,5	10,7
Baden	2,6	3,9	7,5	6,2	6,5	6,0	5,6	5,9	5,6

heiten datiert vom 27. September 1927. Es gehen später auch in Baden die Erkrankungsmeldungen zurück. Ein Wiederanstieg ist im Jahre 1934 nicht festzustellen, wohl aber ein Stillstand in der Abnahme der Erkrankungsmeldungen.

Berechnet man den Jahresdurchschnitt der Erkrankungsmeldungen auf 10 000 Einwohner, so ergibt sich dasselbe Bild: Auch bei dieser Berechnung (siehe Tabelle 4) für Preußen und Sachsen im Jahre 1934 ein leichtes Ansteigen der Erkrankungsmeldungen. Die Erkrankungsziffer für Baden geht im Jahre 1934 auf die Höhe von 1932 zurück, während sie im Jahre 1933 leicht ansteigt.

Wie S c h a p e r ausführt, konnte man ein Ansteigen der Offentuberkulösen-Ziffer bereits 1933 in Thüringen feststellen. Eine Zunahme der geschlossenen Tuberkulose ließ sich aus den Erhebungen nicht ableiten, da die Statistiken Thüringens nicht einheitlich genug sind, um verwertbare Zahlen zu erhalten. Auf der anderen

Tabelle 5.

Gemeldete Erkrankungen an Tuberkulose der Atmungsorgane auf 10 000 Einwohner:

	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Ostpreußen	13,4	12,7	11,3	10,8	9,9	9,7	9,5	8,9
Berlin	23,5	20,4	19,0	17,8	17,8	19,2	20,9	19,9
Brandenburg	10,3	12,5	10,6	10,1	10,1	8,3	8,1	9,2
Pommern	11,6	11,6	12,6	10,7	10,3	9,8	9,3	10,2
Grenzmark	10,6	9,7	8,2	11,3	8,5	7,5	6,5	7,5
Niederschlesien	14,0	11,2	11,6	11,4	11,1	8,9	8,6	9,8
Oberschlesien	11,6	11,9	14,0	11,6	11,3	11,2	10,9	11,€
Sachsen	8,9	8,9	8,4	8,3	8,1	7,5	8,0	9,0
Schleswig-Holstein	13,5	12,7	11,6	11,0	9,9	11,3	10,0	10,1
Hannover	9,5	9,8	9,8	9,4	7,8	7,3	7,9	7,9
Westfalen	11,8	10,9	9,8	10,0	9,1	8,0	7,9	8,9
Hessen-Nassau	10,3	9,2	8,8	8,9	9,0	8,6	7,6	7,7
Rheinprovinz	13,9	11,9	10,7	11,2	10,6	9,8	9,6	9,7

Seite sind aber auch keine Anzeichen dafür vorhanden, daß es sich bei der geschlossenen Tuberkulose anders verhalten sollte wie bei der offenen.

Vergleichszahlen für Mecklenburg-Schwerin lassen sich leider nicht angeben, da hier die ersten Meldungen erst Mitte 1929 erschienen sind und im Jahre 1934 Mecklenburg-Schwerin sowie Mecklenburg-Strelitz eine Sammelmeldung abgaben. Diese kurze Zeit dürfte, vor allem auch wegen der Ungenauigkeit der ersten Meldungen als Folge einer noch nicht eingespielten Zusammenarbeit, nicht genügen, um brauchbare Zahlen zu liefern.

Um den Unterschied in den Meldeergebnissen der einzelnen preußischen Provinzen anschaulich zu machen, habe ich aus den im Reichsgesundheitsblatt wöchentlich erscheinenden Statistiken die auf je 10 000 Einwohner gemeldeten Erkrankungen für das Jahr berechnet. Es ergibt sich aus Tabelle 5, daß in fast allen Provinzen im Jahre 1927 die höchste Meldeziffer vorlag, die jedoch von diesem Zeitpunkt an bis 1933 langsam sank. Im Jahre 1934 ist auch hier, abgesehen von Ostpreußen und Berlin, überall ein Anstieg festzustellen.

Während J ö t t e n nachweisen konnte, daß bis zum Jahre 1927 Berlin, Westfalen, die Grenzmark und die Rheinprovinz die besten Meldeergebnisse hatten und Ostpreußen, Sachsen, Hannover, Hessen-Nassau unter dem Durchschnitt meldeten, stehen im Jahre 1934 Berlin, Oberschlesien, Pommern und Schleswig-Holstein an erster Stelle. Die niedrigsten Ziffern weisen Hannover, Hessen-Nassau und die Grenzmark auf.

Um festzustellen, ob die Ziffern der Erkrankungsmeldungen hoch genug sind, vergleicht man sie am besten mit der Anzahl der gemeldeten Todesfälle. Auf Grund der in Norwegen gemachten Erfahrungen — es besteht hier bereits seit dem Jahre 1900 die Meldepflicht für alle Tuberkuloseerkrankungen und Sterbefälle — und der von verschiedenen Autoren angestellten Berechnungen, müssen auf einen Sterbefall zwei Erkrankungsmeldungen kommen. Kurventafel 2 zeigt das Verhältnis in Preußen, Sachsen und Baden.

Aus dieser Tafel ergibt sich, daß das geforderte Verhältnis für Preußen besteht. In Sachsen ist nach anfänglich starkem Ueberwiegen der Erkrankungsmeldungen ein Abfall der Kurve eingetreten, der bis 1932 standgehalten und damit zu einem einigermaßen zufriedenstellenden Ergebnis geführt hat. Unzureichend sind die Erkrankungsmeldungen in Baden. Während sie 1927 noch sehr stark unter den Sterbemeldungen lagen, ist im Jahre 1928 ein erheblicher Anstieg zu bemerken. Letzterer hat sich jedoch in der folgenden Zeit nicht fortgesetzt, so daß das geforderte Verhältnis von 2 : 1 in Baden noch lange nicht erreicht ist.

Die Darstellung der Kurven erfolgte nach den im Reichsgesundheitsblatt erscheinenden Wochenausweisen. Dazu muß bemerkt werden, daß die Todesfallmeldungen im Verhältnis zu denen, die nach der Todesursachenstatistik des Deutschen Reiches errechnet sind, zu niedrig sein dürften. Es wäre demnach auch in Preußen und Sachsen eine bessere Erfassung und Meldung der Erkrankten anzustreben. Von einer Honorierung der Meldung oder von einer Bestrafung der nicht meldenden Aerzte ist jedoch, wie die Erfahrung gelehrt hat, keine Besserung zu erwarten. Auch von der Ausdehnung der Meldepflicht auf alle Erkrankungen an Tuberkulose kann man sich keinen Vorteil versprechen, da es den Fürsorgestellen unmöglich sein würde, die ihnen damit aufgebürdete Arbeit auch nur halbwegs zu erledigen. Angestrebt werden muß vielmehr, daß alle ihre Mitmenschen gefährdenden Tuberkulosekranken aus dieser Umgebung entfernt, Offentuberkulöse auch gegen ihren Willen in Heilanstalten untergebracht und die von den Fürsorgestellen zur Untersuchung Beorderten zwangsweise zum Befolgen dieser Aufforderung angehalten werden können.

Eine bessere Erfassung der Kranken ließe sich erzielen, wenn folgender Mißstand, auf den K i e f f e r hinweist, behoben würde: In § 1, Abs. 4 des preußischen Gesetzes zur Bekämpfung der Tuberkulose wird der zugezogene Arzt zur Meldung verpflichtet. Nach einer vom Preußischen Volkswohlfahrtsministerium im Jahre 1931 herausgegebenen Interpretation ist unter „zugezogener Arzt" nur der zuerst zugezogene, behandelnde Arzt zu verstehen und nicht etwa der zur Sicherung der Diagnose zugezogene Fach- oder Röntgenarzt. Hierin liegt für die praktische Auswirkung der gesetzlichen Meldepflicht in der Tuberkulosebekämpfung ein großes Hindernis. Die meisten Frühformen der Tuberkulose werden mit Hilfe der Röntgenstrahlen festgestellt. Der Röntgenologe gibt seinen Befund an den behandelnden Arzt weiter, der dann die gesetzliche Meldung zu erstatten hätte. Diese Meldung unterbleibt aber nach den Feststellungen K i e f f e r s in fast 50 % der Fälle, die röntgenologisch sicher als ansteckungsfähig zu bezeichnen sind. Dieser Mangel beruht darauf, daß der behandelnde Arzt beim Facharzt die Erfüllung der Meldepflicht voraussetzt, er sich andererseits über den Röntgenbefund nicht im klaren ist und ihm ein negativer Sputumbefund genügt, um die Erkrankung für nicht ansteckungsfähig zu halten. Aus diesen Gründen muß die Meldepflicht auf den die Tuberkulose diagnostizierenden Arzt ausgedehnt werden. Die Ausschaltung von Doppelmeldungen wäre alsdann Sache des beamteten Arztes.

Tabelle 6.

Neuzugänge in den Fürsorgestellen auf je 10 000 Einwohner:

	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
Ostpreußen	27,1	37,7	32,9	35,4	43,9	62,0	59,2	82,9	88,2	97,1	94,6	95,4	89,2
Grenzmark	30,6	14,6	32,8	23,8	45,1	56,1	64,2	68,8	58,9	71,8	75,9	67,1	70,5
Pommern	68,4	75,7	81,4	60,1	63,7	63,1	71,1	75,0	81,0	86,7	101,6	100,8	92,0
Berlin	56,6	47,3	80,3	101,2	129,2	132,9	134,1	120,1	109,8	101,2	112,0	109,3	111,1
Brandenburg	91,6	69,0	77,2	61,1	48,7	60,4	66,3	78,2	70,0	60,9	65,0	71,8	56,6
Niederschlesien	16,9	50,0	48,0	52,6	60,5	74,1	87,7	73,9	73,5	85,4	84,4	79,3	70,8
Oberschlesien	—	—	—	—	—	56,8	99,5	114,2	92,5	92,8	96,1	109,3	100,3
Sachsen	29,4	62,8	48,9	38,9	53,3	72,1	71,5	61,4	57,7	48,4	53,6	56,7	62,3
Schleswig-Holstein	45,8	52,1	55,7	49,4	54,8	60,2	56,5	53,4	57,7	62,3	68,0	61,8	56,6
Hannover	54,6	47,4	51,5	60,1	102,9	88,4	57,4	55,4	71,5	53,3	57,2	59,0	63,2
Westfalen	92,7	102,8	92,0	96,4	119,2	139,5	122,5	113,8	114,0	99,3	98,3	91,3	86,5
Hessen-Nassau	43,9	31,9	38,7	28,6	44,7	42,4	45,5	38,7	42,2	47,5	46,2	61,3	53,8
Rheinprovinz	57,2	55,2	64,0	99,5	109,4	137,1	122,8	93,5	92,8	85,2	82,1	75,0	60,6
Preußen	51,2	52,2	57,8	59,0	72,9	80,4	73,9	73,1	70,6	69,3	74,2	80,5	74,6
Bayern	45,2	53,4	42,3	40,4	47,6	62,4	55,9	49,1	51,0	58,9	68,7	67,1	63,7
Sachsen	53,0	68,1	60,8	55,2	60,6	52,7	58,5	49,2	54,5	57,0	64,2	64,5	58,8
Baden	60,0	58,0	38,9	62,4	73,0	61,5	57,7	45,6	53,5	58,8	56,1	54,9	53,5
Mecklenburg-Schwerin	22,1	50,9	73,0	47,8	52,2	89,1	85,4	65,2	65,3	45,7	61,0	62,9	60,9
Mecklenburg-Strelitz	—	—	—	—	118,7	89,9	109,1	96,4	120,7	97,3	76,7	—	—
Thüringen	156,4	115,2	79,1	72,0	110,9	118,9	99,3	112,0	113,2	107,6	130,6	141,2	134,1

Es ist von Interesse, festzustellen, wie sich die Erfassung der Tuberkulosekranken in Preußen und den anderen Bundesstaaten nach dem Inkrafttreten der Tuberkulosegesetze geändert hat. Einen bedeutsamen Faktor stellt in der Beziehung die Zahl der Neuzugänge bei den Tuberkulosefürsorgestellen dar. (Siehe Tabelle 6). Leider ließen sich diese sowie die folgenden von Reploh begonnenen Tabellen nur bis zum Jahre 1932 vervollständigen, da seit 1933 keine ausführlichen Statistiken mehr erschienen sind.

Für die preußischen Provinzen ist bis zum Jahre 1926 allgemein eine Zunahme der Neuzugänge festzustellen, die sich auch in den folgenden Jahren fortgesetzt hat. Ausgenommen sind Berlin, Rheinland und Westfalen, also die Gebiete, in denen schon vor 1925 ein sehr gutes Meldeergebnis zu verzeichnen war. Das Jahr 1932 zeigt, abgesehen von der Grenzmark, Berlin, Sachsen und Hannover, ein leichtes Zurückgehen der Neuzugänge gegenüber 1931. Preußen, Sachsen und Thüringen hatten 1931 die höchste Zahl der Neuzugänge, Bayern 1930. Baden und Mecklenburg-Schwerin haben die Zahlen von 1924 bezw. 1925 nicht wieder erreicht. Von Mecklenburg-Strelitz ist dem deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose seit 1930 kein Bericht mehr zugegangen.

Die Anzahl der Tuberkulosekranken und Tuberkuloseverdächtigen unter den Neuzugängen ersieht man aus Tabelle 7. Bis zum

Tabelle 7.

Tuberkulöse und Tuberkuloseverdächtige unter den Neuzugängen:

	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Preußen	59	57	51	52	50	26,6	26,4	23,3	18,7
Bayern	66	61	59	49	74	25,4	27,0	23,5	23,7
Sachsen	57	56	52	43	50	25,8	22,4	24,0	17,6
Baden	69	66	59	66	58	34,0	36,8	32,4	30,5
Mecklenburg-Schwerin	67	56	49	69	60	39,0	39,5	26,7	30,5
Mecklenburg-Strelitz	81	80	83	80	69	41,6	27,0	—	—
Thüringen	50	52	49	52	47	16,1	14,2	13,4	9,6

Jahre 1928 beziehen sich die Zahlen auf Tuberkulose jeglicher Art. Seit 1929 ist nur die offene und sonstige Lungentuberkulose aufgeführt. Die höchsten Zahlen sind in allen Ländern im Jahre 1930 erreicht und nehmen dann ab. Die besten Ergebnisse haben 1932 Baden und Mecklenburg-Schwerin.

Einen wichtigen Punkt in der Tuberkulosebekämpfung stellt das Auffinden und Betreuen der Offentuberkulösen dar, da sie eine dauernde Infektionsquelle bilden. Nach einer von Söllinger angestellten Berechnung erkrankten 44,4 % der Kinder und

Tabelle 8.

Bekannte Offentuberkulöse in den Fürsorgestellen auf je 10 000 Einwohner:

	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
Ostpreußen	3,5	14,5	11,1	9,4	11,5	10,2	11,3	13,8	14,8	14,7	14,9	15,3	15,7
Grenzmark	—	2,7	4,5	3,7	5,9	9,4	14,6	12,7	14,8	13,3	16,0	15,4	12,6
Pommern	12,7	14,1	15,7	15,4	17,1	18,6	18,5	20,3	20,7	20,3	19,6	21,3	22,0
Berlin	13,7	7,0	24,5	24,1	30,1	29,0	34,2	37,1	37,8	35,4	39,6	41,2	39,1
Brandenburg	24,1	12,5	11,8	12,7	10,7	13,2	14,0	15,6	15,3	14,3	14,8	15,9	15,7
Niederschlesien	16,6	12,3	13,5	12,7	14,2	12,2	20,6	21,0	18,4	21,9	21,5	22,3	21,6
Oberschlesien	16,6	12,3	13,5	12,7	14,2	15,5	19,6	26,4	21,3	22,2	17,8	19,6	21,3
Sachsen	17,4	11,1	13,4	13,0	14,2	17,8	19,5	16,3	16,8	15,8	15,9	16,8	17,0
Schleswig-Holstein	18,6	16,2	9,2	22,7	12,1	13,3	24,8	15,2	19,5	18,1	19,0	18,2	18,4
Hannover	17,2	12,5	12,8	13,9	15,6	14,5	15,2	14,4	15,6	14,1	11,3	13,1	13,2
Westfalen	26,3	19,4	17,7	21,3	24,6	26,5	27,5	24,1	23,1	22,2	19,2	20,2	20,0
Hessen-Nassau	1,1	16,5	14,5	15,6	16,8	15,7	17,6	17,2	18,4	18,0	9,2	17,4	15,2
Rheinprovinz	32,2	20,2	13,8	13,9	15,8	18,2	18,1	22,6	22,2	15,0	17,2	15,9	16,2
Preußen	15,2	13,3	13,5	14,8	15,7	16,5	19,6	19,7	19,7	18,8	17,8	20,1	19,9
Bayern	16,5	18,6	11,2	17,5	17,5	19,1	15,0	13,7	15,3	13,3	15,0	17,6	14,4
Sachsen	18,2	9,7	9,8	11,4	14,6	10,0	11,8	12,1	13,5	14,8	15,5	15,2	12,9
Baden	32,3	15,7	14,2	26,0	25,7	22,9	24,1	25,2	26,2	11,5	22,8	22,1	24,7
Mecklenburg-Schwerin	5,7	8,4	7,9	10,9	17,5	20,6	23,1	22,1	24,5	21,6	20,4	20,7	20,0
Mecklenburg-Strelitz	5,7	8,4	7,9	10,9	13,0	10,8	13,6	9,9	17,2	20,5	20,5	—	—
Thüringen	43,5	21,0	18,8	20,9	21,9	23,8	23,1	26,1	24,1	19,5	18,8	19,8	17,9

26,4 % der Ehegatten Offentuberkulöser an Tuberkulose. Mit dem Ausbau der Fürsorgestellen hat auch die Zahl der bekannten Offentuberkulösen zugenommen. Sie erreicht in den Jahren 1930-1931 ihren Höhepunkt. Dabei ergeben sich in den einzelnen Provinzen ziemliche Unterschiede, wie aus Tabelle 8 zu entnehmen ist. Die günstigsten Ergebnisse haben Berlin, Pommern, Schlesien und Westfalen. Auch in den einzelnen Staaten, Baden ausgenommen, war im Jahre 1932 die Zahl der als offentuberkulös Bekannten geringer als im Vorjahr. Der Rückgang in Preußen war allerdings unerheblich.

Aus dem vorigen erhellt, daß uns die Tuberkulosegesetzgebung im Kampfe gegen diese Volksseuche nicht viel weitergebracht hat. Es fehlt im Gesetz vor allem die Grundlage zur Ergreifung von Zwangsmaßnahmen gegen Offentuberkulöse und säumige Kranke.

Zwecks wirksamer Bekämpfung der Tuberkulose fordert Griesbach die Verhütung erbkranken Nachwuchses. Da bei der Tuberkulose die erbbedingte Empfänglichkeit eine wichtige Rolle spielt, hat sich die Tuberkulosebekämpfung nicht nur in Form des Kampfes gegen diese Seuche zu vollziehen, sondern aus eugenischen Gründen auch für Volksaufartung zu sorgen. Letzteres geschieht am zweckmäßigsten durch Unterbindung von Ehen unter Tuberkulosekranken. Sollte der Arzt dabei auf zu großen Widerstand stoßen, so müßte gegebenenfalls eine Schwangerschaftsunterbrechung oder Sterilisation vorgenommen werden.

Diesem Gedanken hat die Reichsregierung durch das Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz) vom 18. Oktober 1935 Rechnung getragen, in dem das Eheverbot für alle mit einer ansteckenden Krankheit Behafteten ausgesprochen wird.

Außer der Ergreifung dieser Maßnahmen kommt es insbesondere darauf an, den Lebensstandard des Volkes zu heben. Große Bedeutung ist auch der körperlichen Ertüchtigung der Jugend beizumessen. Durch ausgedehnte sportliche Uebungen muß die Widerstandskraft des Körpers so gehoben werden, daß er dem Ansturm der Tuberkelbazillen standzuhalten vermag.

Zusammenfassung.

Durch die bessere Lebenshaltung der Bevölkerung und vor allem durch den Ausbau der Sozialversicherung ist die Tuberkulosesterblichkeit seit der Jahrhundertwende stark zurückgegangen.

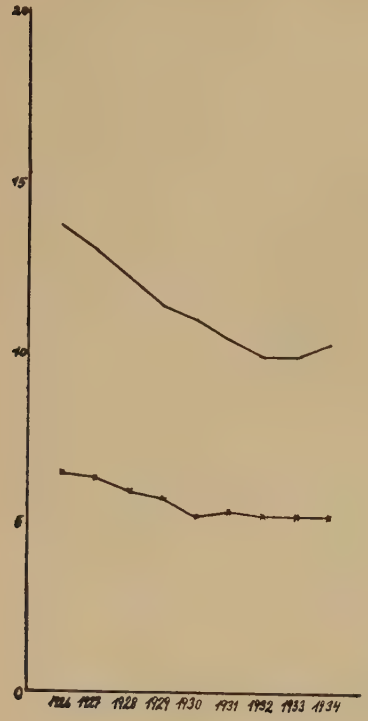
Der Ausbau der Tuberkulosefürsorge hatte in den ersten Jahren nach dem Kriege zu einer starken Zunahme der Fürsorge stellen geführt. Ihre Zahl ist seit 1930 gesunken. Die ärztliche Versorgung und die Ausrüstung der Fürsorgestellen haben eine Besserung erfahren.

In den ersten Jahren nach dem Inkrafttreten der Tuberkulosegesetze ist in allen Staaten eine Zunahme der Erkrankungsmeldungen festzustellen. Dieser Anstieg hat jedoch nicht angehalten.

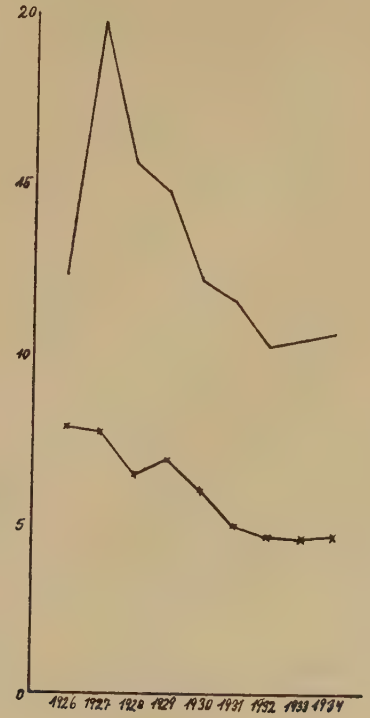
Nach dem stetigen Rückgang der Tuberkuloseerkrankungen hat im Jahre 1934 eine Zunahme eingesetzt, die zweifellos auf die Verminderung der Arbeitslosigkeit zurückgeführt werden kann.

Im ganzen gesehen, hat die Tuberkulosegesetzgebung die an sie geknüpften Hoffnungen nicht erfüllt. Im Kampf gegen die Tuberkulose wird uns die neue Auffassung des Wortes „Fürsorge“ im Sinne der Förderung des Volkswohles und nicht der Bemutterung des einzelnen in Verbindung mit einer ausgedehnten körperlichen Ertüchtigung des ganzen Volkes einen besseren Dienst erweisen, als die Gesetzgebung es vermochte.

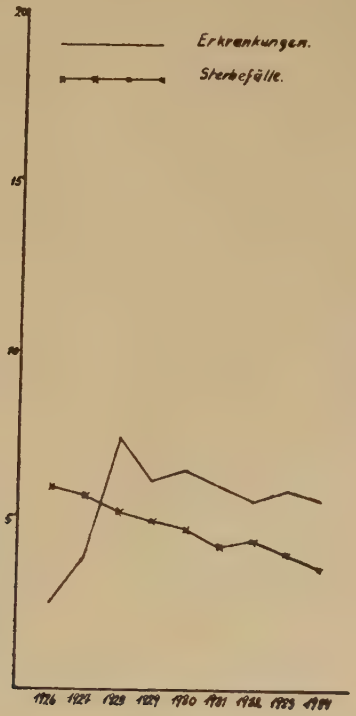
Erkrankungen und Sterbefälle an Tuberkulose auf je 10000 Einwohner 1926-1934.



Preußen.

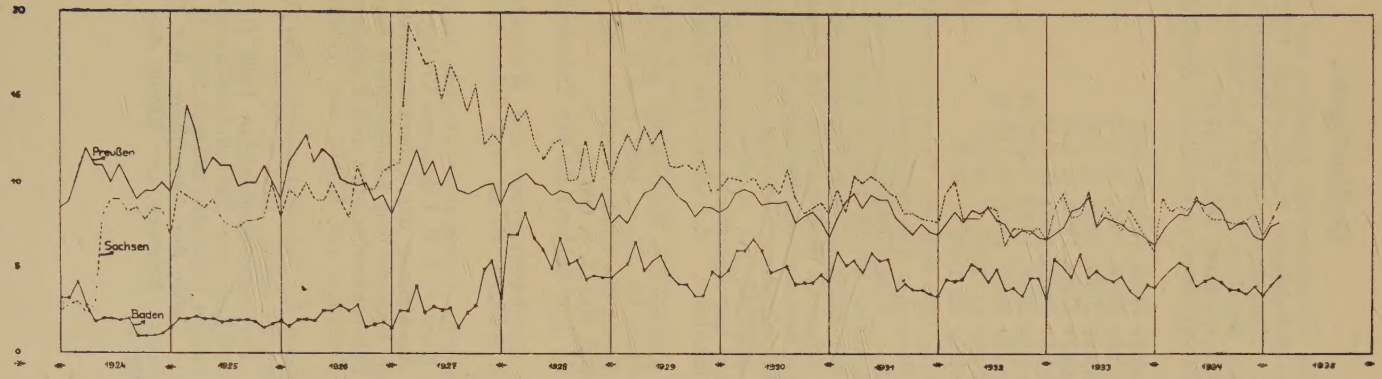


Sachsen.



Baden.

Gemeldete Erkrankungen an Lungentuberkulose für je vier Wochen auf 100000 Einwohner.



Quellenangabe.

Ascher, L.: Die unverminderte Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1932, S. 341 ff.

Blümel, K. H.: Neuorganisation der Tuberkulosebekämpfung im Reich und in den einzelnen Bezirken der deutschen Arbeitsfront. Tuberkulose-Fürsorge-Blatt, 1933, S. 87 ff.

Denker, H.: Tuberkulosefürsorge-Blatt. Ergebnisse der Fürsorgestellenberichte,

Geschäftsjahr 24/25, 1926, S. 58ff.
Geschäftsjahr 25/26, 1927, S. 5 ff.
Geschäftsjahr 26/27, 1928, S. 1 ff.
Geschäftsjahr 27/28, 1929, S. 1 ff.
Geschäftsjahr 28/29. 1930, S. 1 ff.
Geschäftsjahr 29/30, 1930, S. 117 ff.
Geschäftsjahr 30/31, 1931, S. 115 ff.
Geschäftsjahr 31, 1932, S. 94 ff.
Geschäftsjahr 32, 1934, S. 43 ff.

Frantz, E.: Wie läßt sich die Tuberkulosebekämpfung wirksamer gestalten? Deutsches Tuberkulose-Blatt, 8. Jahrgang, 1934, S. 208 ff.

Griesbach, R.: Tuberkulosebekämpfung und Volksaufartung. Münchener Med. Woch. Nr. 38, 1933, S. 1459 ff.

Gundel, M.: Der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit und seine Ursachen. Klinische Wochenschrift, 12. Jahrg., 1933, Nr. 19, S. 729 ff.

Hamel, C.: Die Ursachen des Rückganges der Tuberkulosesterblichkeit in den Kulturländern. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Band 75, 1930, S. 135 ff.

Jötten, K. W.: Das Preußische Tuberkulosegesetz und die Erfassung der Tuberkulösen. Zeitschrift für Tuberkulose, Band 49, 1928, S. 331 ff.

Kieffer: Zur gesetzlichen Meldepflicht der Tuberkulose. Tuberkulosefürsorge-Blatt, 19. Jahrg., 1932, S. 1 ff.

Langer, H.: Nimmt die Kindertuberkulose zu? Deutsche Med. Wochenschrift, 1932, Nr. 17. S. 660 ff.

Matthies, J. F.: Die Meldepflicht der Tuberkulösen. Inaug. Diss. Berlin 1931.

Möllers, B.: Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reich. 2. Auflage, Urban und Schwarzenberg Berlin-Wien 1930, S. 343 ff.

derselbe: Deutsche Tuberkulose-Statistik, Handbuch der Tuberkulosefürsorge, Band 1, J. F. Lehmanns Verlag, München 1926, S. 134 ff.

Oxenius, R.: Auswirkung der Tuberkulosegesetze in der Praxis. Archiv für soziale Hygiene und Demographie Band 2, 1926, S. 21 ff.

Reploh, H.: Tuberkulosefürsorge und Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit, Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Band 79, 1932, S. 761 ff.

Schaper: Nehmen die Tuberkulose-Erkrankungen zu? Tuberkulose-Fürsorge-Blatt, 20. Jahrg., 1933, S. 17 ff.

Seiffert, E.: Fürsorgestellenberichte 1933, Reichstuberkuloseblatt.
Die Entwicklung der Tuberkulosefürsorgestellen.
Der öffentliche Gesundheitsdienst 1935, S. 11 ff.

Söllinger, H.: Ueber die Auswirkung der Tuberkulose in Familien Offentuberkulöser. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Band 78, S. 116, 1931 ff.

Lebenslauf.

Am 3. Dezember 1906 wurde ich in Münster i. W. als Sohn des Telegraphen-Inspektors Bernhard Thielemeier und seiner Ehefrau, Josepha geb. Kruse geboren.

Von 1914—1917 besuchte ich die Volksschule und bis 1926 das Städt. Gymnasium und Realgymnasium meiner Heimatstadt. Nach anfänglichem Studium der Rechtswissenschaft wechselte ich zur Medizin und bestand 1933 die ärztliche Vorprüfung und am 26. 6. 1936 das medizinische Staatsexamen in Münster i. W.

Augenblicklich bin ich als Medizinalpraktikant am Theresienhospital in Düsseldorf tätig.